

令和5年度第2回
神奈川県在宅医療推進協議会
リハビリテーション部会

令和6年2月13日（火）

Web会議

開 会

(事務局)

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和5年度第2回神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会を開催いたします。私は、本日進行を務めさせていただきます、神奈川県医療課の柏原と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、本日の会議の開催方法等について確認させていただきます。本日は、ウェブでの開催とさせていただきます。委員の皆様、本日はお互いの顔を見ながら議論ができればと考えておりますので、カメラは常時オンにさせていただくとともに、発言の場合を除いてマイクはオフにさせていただきますようお願いいたします。

委員の皆様には、事前に事務局から資料をメールで送付させていただきます。お手元に届いていらっしゃるでしょうか。お手元に届いていない場合、申し訳ございませんが、本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらもご覧いただければと存じます。

次に、委員の出欠についてです。本日の出欠につきましては、事前にお送りした名簿のとおりとなっております。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とし、事前に開催予定を周知いたしましたところ、ウェブでの傍聴の方が1名いらっしゃいます。なお、後日、県のホームページにて発言者の氏名を記載した上で議事録を公開させていただきますので、委員の皆様はご承知おきをお願いいたします。議事録作成のため、本日の会議は録音をさせていただきます。

それでは、以後の議事の進行につきましては、小松会長をお願いいたします。

(小松会長)

皆様、こんばんは。神奈川県医師会の小松でございます。本日は、円滑な議事の進行に尽力してまいりたいと思っておりますので、皆様のご協力を何とぞよろしくお願いいたします。

協 議

(1) 第8次神奈川県保健医療計画における「地域リハビリテーション」の計画案について(資料1)

(小松会長)

協議に入りたいと思っております。(1) 第8次神奈川県保健医療計画における「地域リハビリテーション」の計画案についてでございます。事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(小松会長)

ありがとうございます。ただいま事務局より説明いただきましたが、本日の協議事項では、第8次保健医療計画の進捗評価に向けて事務局から示された指標や目標値、また、今後の進捗確認の方針に対して、委員の皆様からご意見を伺えればと思っております。併せて、第8次保健医療計画（案）の内容についてもご意見があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。発言の方は挙手ボタンを押していただいて、所属を言ってご意見を頂ければと思います。よろしくお願いします。神奈川県慢性期医療協会の鈴木会長、お願いします。

(鈴木龍太委員)

鈴木です。10ページと11ページの目標値についてお聞きします。令和11年の目標値と書いてありますけれども、これは年に2回、令和11年に年に2回やるとか、そういう意味だろうか理解するのですが、そうすると、例えばリハビリテーションの体制整備だと年に100床、令和6年から令和11年、毎年100床だと全部で600床、回復期病床数を補助するという意味なのか、ちょっと分かりにくいです。それから、次のページの数字も年に10人以上なのか、延べ6年間で10人とか100人とかなのか、その辺がよく分からないと思ったので教えてください。

(事務局)

鈴木先生、ご意見頂きましてありがとうございます。こちらについてですが、資料1でいうと年に2回実施するというような目標値になっております。また、病床数の方向で意見を出していただきましたが、こちらも年に100床という意味でございます。基本的に単年度でどれだけあるのかという目標値に設定しておりますが、例外的に一番下の相談支援従事者の累計修了者数については、累計で出しているようなものになっております。以上です。

(鈴木龍太委員)

そうしますと、年に100床回復期をつくる。神奈川県は助成して600床の回復期病床をつくるということがこれに盛り込まれているということでしょうか。そんなにつくってしまっているのか、よく分からないのですが。これは県の基準病床とかそういうものと8次医療計画にも関わってくるのではないかと思います。こういう数字は簡単に100と出してしまっているのかなとちょっと思いました。

(事務局)

医療課長の市川です。鈴木先生、ありがとうございます。鈴木先生がおっしゃるとおり、これは病床を新たに配分してつくっていくということを前提とすれば、そのように思える部分があるかと思います。回復期の病床については転換事業として事業を計画しております。

して、もともとの急性期、回復期の過不足ということでいくと、今、急性期が比較的どの地域も過剰であるので、病床自体の整備について、回復期病床の転換補助事業を使って転換いただけたらということで設定しているものです。ここは正直、私たちも悩んでいて、現実問題として、もともと急性期から回復期に転換しないといけないという、当初の地域医療構想のときの数でいきますと、ものすごい数を整備しなければいけなかったと。そういった中、第7次保健医療計画期間中、ずっと病床の整備事業はあったのですが、現実にかなり今、病床の転換が先細りしている部分もあると。とはいえ、回復期病床自体が不足しているというのもあるので、かなり検討した結果として、今100床という形で一旦整理させていただいて皆さんにご覧いただいていると。今はこのような状況になっています。以上です。

(小松会長)

ちょっと補足を。鈴木先生、これは地域リハビリテーションの話なので、どちらかというところと今までの表現がかなりざっくりしていて、今回はもう少し具体的に定量的に出せるものを出してという、その中の一つとして病床数の議論を、正直、ほかのところと違ってここに出すことに多分、違和感があると思います。要するに、ここで強く議論してここで進めていくわけではなくて、当然別のフィールドで病床の募集等は進めていくものですので、これはあくまで一応こういう補助金があってという、この会議ではこういう見せ方をされていますけれども、先生ご存じのとおり、病床の募集等については当然、神奈川県保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議で議論していくことが本筋になります。だから、紛らわしいので、地域リハビリテーションに直接あまり関係がないのであれば、ここは載せるべきではないというご意見でよろしいのではないかとこちらは受け止めたのですが、よろしいですか。

(鈴木龍太委員)

ちょっとよろしいですか。おっしゃっていることは大分分かってきたのですが、ともかく目標値を入れなければいけないというので無理して100床と入れていらっしゃるのだろうと思います。この100床に関してはなかなか、地域医療構想でこれからまた新しく出てきますから、回復期が足りないという意見もあるけれども、私は足りていると思います。補助金だったらお金の問題なので、例えば100床枠の準備があるみたいな書き方のほうが、100床つくるというよりはいいような気がします。病床に関してはここではほとんど決められないと思いますので、こういう準備はありますよぐらいの条件ならまだいいけれども、100床と書いてしまうと、100床つくらなければいけないみたいなことだと、私はちょっと賛成できません。

(小松会長)

ありがとうございます。篠原先生、いかがでしょうか。

(篠原委員)

ありがとうございます。どういう形で評価するのか、効果とか、その辺のところでは発言させていただきます。人材育成の人数とか開催をどれだけやった、どの自治体でどれだけ人を派遣したとか、そういうのは定量化できると思うのですが、実際に受ける人たちというのは不特定多数ですし、ここから派遣する人もいつも決まった人が行くわけではないと思います。その辺のところはどうやってそういう評価をするのか。未病の改善だとか介護予防といっても漠然とし過ぎて評価が難しいと思うのですが、その辺に関してはいかがでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。今のご意見はもともとだと思います。この計画の部分に関しては、ロジックモデルというところまで見込んだ形にしていなかった中で、とはいえ数値目標が一定設定されていないと評価がしにくいということがあったので、そういった観点で、かなり無理に設定しているというご意見を言われても致し方ないとちょっと感じているところです。もちろん本筋でいくのであれば、こういった人たちがどれだけ地域に寄与していったのかというところを何らかの数値に表せるのが一番いいのですが、まだ我々の勉強が少し足りなくてそこまでの数値が設定できていないというところで、またご意見を頂いてしるべく修正するという事は考えられるかなと思っています。今は一旦ここまでとさせていただきます。

(篠原委員)

ありがとうございました。

(小松会長)

今、篠原先生、鈴木先生から頂いた、病床に関してはスライド10の(2)のところの書きぶりですね。目標が病床数というよりは、例えば1床当たりどれぐらいの補助金を用意されているとか、表現のところは少し書きぶりも含めてもう一度、事務局で再検討していただくということにしたいと思います。どうもありがとうございます。

そのほかのご意見はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、今言ったようなところも含めて今後の作業を進めていきたいと思いますので、事務局、よろしくお願ひします。

(2) 第9期かながわ高齢者保健福祉計画における「地域リハビリテーション支援体制の推進」の計画案について(資料2)

(小松会長)

では次に、今度は(2)第9期かながわ高齢者保健福祉計画における「地域リハビリテーション支援体制の推進」の計画案について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(小松会長)

ありがとうございました。ただいま事務局よりご説明がありましたが、本日の協議事項では、介護予防市町村支援委員会専門部会と前回のリハビリテーション部会での意見を踏まえた今後の施策案についてご意見を伺えればと思っております。皆様、ご意見等いかがでしょうか。特にスライド8にある協議いただきたいことというところについて、ご意見を頂ければと思います。では、挙手順で鈴木龍太先生、どうぞ。

(鈴木龍太委員)

3の今後の施策案を見させていただいて、研修とか人材育成とかがかなり多いように思いました。11ページですか。慢性期医療協会でも住民参加型の事業がよいと言っていますが、住民参加型の事業をするというのが人材育成ばかりで、実際の地域リハビリテーションは現場で介護予防の実践をしてほしいと思うのですが、そこがあまり入っていないような気がします。人材育成ばかりしていたら、いつまでたっても何もできないような気がするのですが、どうでしょうか。

(小松会長)

高齢福祉課さん、回答をお願いします。

(事務局)

県の高齢福祉課カトウからご回答させていただきます。ご意見どうもありがとうございます。こちらは、市町村介護予防事業支援のための人材育成事業という中に初級研修というのがあるのですが、その中で通いの場に関わっているボランティアの人とかも参加者の中に入れておりますので、そこで住民参加型と言えるようなことをやっているつもりではあります。ただ、まだまだ通いの場の関係者の参加が少ないと感じておりますので、そういったことで住民も巻き込むような事業を工夫していきたいと考えているところです。非常に貴重なご意見を頂きましたので、踏まえて考えていきたいと思っております。どうもありがとうございます。

(鈴木龍太委員)

よろしくをお願いします。

(小松会長)

続きまして、県の看護協会さんですか、先ほど挙手されていたように思ったのですが、ご意見いかがでしょうか。

(牛丸委員)

私も1点は今、鈴木先生がおっしゃったように、フレイルも含めた地域の住民の方も一緒になって行く。専門職を育てるというよりは、地域の方々に私たちを育てていただくような事業を行うというところがやはり少し足りないように感じました。あと、この前の議題にもつながるかもしれませんが、回復期リハビリテーションの病床というよりは、地域

に赴く専門職というところが足りないのではないかというのが私の感覚です。これはもしかしたら地域包括センターの方のほうがよくご存じかと思いますが、当院も実際に入院されてくる方を見ると、当院に入院したほうがいいたろうという人もいれば、このぐらいだったら認知症の予防も含めて自宅でリハを受けたほうがいいのではないかという方も多数いらっしゃいますので、そこに至らないのは、もしかしたら地域でのリハビリテーションの事業所が少なかったりするのかもしれないと感じます。実際にその数だったりもし分からないのだったら把握して、足りているか否かを評価する必要もあるのではないかと感じ、皆様のご意見を伺っていました。以上です。

(小松会長)

ありがとうございます。県のほうでは何かご意見・ご発言はありますか。今のご意見は本当にありがとうございます。どうしても研修となると、研修に参加してくれる人を増やすということが目的になってしまって、実際にその先の具体的な取組がセットでないと、そこで話が途切れてしまうと。であるならば、学びながらお互いに進んでいくということで、具体的な事業に取り組んでいったらいかかという、そういうご意見だと思いますので、取組の中に反映できれば、県のほうでも検討していただければと思いました。あとはやはり市区町村の試みというのも大きいのではないかと思いますので、ぜひ検討していただければと思います。

あともう一つは、今の看護協会さんのご意見にあった、地域、在宅でやったほうが望ましいという理想がある一方で、現実的にいうと人は当然限られているので、地域にどれだけ人が行けるのか。よくボランティア、ボランティアと言いますが、ボランティアもどれだけの人数がボランティアとして必要かということを実はちゃんと考えないと、理想で話が終わってしまうような気もします。現実的に、地域リハビリテーションがあったほうがいいよねという声はある一方で、いろいろな意味で安定した事業としてというのは、なかなかちょっと難しい面もあるのではないかと感じているところもあります。理学療法士会の露木委員、どうぞ。

(露木委員)

ありがとうございます。先ほどの協議(1)のところにも関わってくるのですが、地域におけるリハビリテーション専門職の数の把握というところでは、参考資料2にもありましたけれども、3ページ目の下のほうの図表2-4-6-6と2-4-6-7ですね。この右側を見ると、リハ職の事業所数は通所リハと訪問リハのみカウントされているようですし、恐らくそれを基に、左側を見ると、その2つの事業所に所属しているPOSの数のカウントかと思います。それで、今の議論の中にもあった、地域でのリハの事業所が少ない、あるいは地域で従事している人材が少ないというところだと、通所介護や、あるいは訪問看護ステーションにおけるリハの存在もありますし、あるいはそのほかの事業所においてもリハが所属している場合があります。このあたりをしっかりと把握しなければ、地

域リハビリテーション活動支援事業もそうですし、あるいは人材をどうやって現場につなげていくのかという話にはつながらないと思います。このあたりのカウントの仕方をどのように考えているのかというのを伺いたいのですが、いかがでしょうか。

(小松会長)

まず、医療課のほうから。

(事務局)

県医療課の柏原からお答えさせていただきます。露木委員、ご意見ありがとうございます。今、画面共有しているのが第8次保健医療計画の地域リハビリテーションのページになりますが、委員おっしゃるとおり、ここ以外にもリハビリテーションに従事されている方がいらっしゃるということで、現状、その数字まで医療課としては把握できておりませんが、本日頂いたご意見を踏まえ、本県の実情をどのように把握するのが最も適当なのかについて、今後検討させていただきたいと思います。

(露木委員)

ありがとうございます。それに対して、私も実際、行政との事業を複数の行政から頂いて対応しているところなのですが、今回コロナの影響があって、人材を地域に出していただいている医療機関から、要はコロナになったときに出せないという判断を頂いています。病院の考え方としては、病院内でも業務をしているし、その人材が外部でもやるとなると、やはり病院内に持ち込んでくるというリスクを背負いながら対応しているところが多いのではないかと思います。

となれば、例えば可能であれば、医療機関においても地域に対して人材を輩出する形をいま一度お考えいただくことも必要ではないかと思っています。つまり、これから今後、他の感染症が発生したときにおいても、あるいは様々な状況においても、地域リハビリテーションに関わる人材というのはしっかり確保できるような体制づくりが必要ではないかと。あるいは災害時、発災した後も地域における役割というのは継続していかなければいけないのですが、例えば病院の中での人材が少なくなるので、それを回すために地域から引き上げるということも、極力ないほうが安定的に地域を守っていく形になるのではないかと考えております。医療機関の体制に関してのことと、あとは今お伝えしたように、通所リハ、訪問リハというのは、基本的には医療法人が設立する介護サービスでありますので、そうではない介護の事業所もカウントしておくことが、安定的な人材確保につながるのではないかと考えております。以上です。よろしくお願いします。

(小松会長)

ありがとうございます。多分、医療機関の人間からすると、そういう非常時というか、ちょっと余裕がなくなったときに、地域リハビリテーションの維持と病院の維持のどちらを優先するかということに関しては、そこにはいろいろな意味で価値観の相違が実際あると思うのです。だから、とにかく地域のリハビリテーションを維持するために人を割く、

優先すべきだというお考えもあるでしょうし、一方、コロナのことだとか、リハビリテーションを必要とする程度だとか、そういうのも個々の患者さんや利用者さんで大分違ってくると思うので、これに関しては医療機関のほうでもご意見があるのではないかと思いつながら今伺っていました。今の理学療法士会の露木委員からのご発言も含めて、県の病院協会の篠原委員、ご発言でしょうか。どうぞ。

(篠原委員)

今まさにおっしゃるとおりで、病院の回復期リハにもたくさんいるのですが、現実的に病院内の作業で手いっぱいということも結構あります。だからといって出さないわけではないのですが、病院で、特に回復期リハで働くセラピストというのは、基本的に身体能力の改善という明らかな目的があります。そこには関心があるけれども、いわゆる未病だとかその辺のところはなかなか理解されにくいというところもあります。行政のほうからも大きい目的意識を持てるような、その辺のところの発信をしていただければと思っております。以上です。

(小松会長)

ありがとうございます。結局これは多分、在宅医療の推進と同じで、病院で働いている多くの専門診療科の先生方が在宅医療にもっと参加すれば、もっと在宅医療がよくなるよねというお話と同じだと思うんですね。だから、言い出せば切りがない話だとは思いますが、それはもちろんいろいろなりハビリがあつて、病院の中で行う急性期の疾患別のリハビリもあれば、地域の中で予防的に行う部分、もっと幅広く、要するにリハビリだけではなく、いろいろなものを包括したリハビリテーションもある。そこを知っていただいたり、そこに興味がある人に参加していただくことができて、そちらのほうに出さなければいけないという強制はスタッフに対してなかなかできないですし、当然、雇用の中での制約というものもあると思いますけれども、どうでしょうか。ほかにご意見は。逆に行政の立場からのご意見・ご提言あれば頂ければと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(露木委員)

露木です。今の話がここで終わるとちょっと片手落ちかと思ったので、最後にまた伝えさせていただきます。医療機関から地域の担当を安定的に選出するという話ではなくて、それが難しいのであれば、やはり先ほどお伝えしたように、通所リハ、訪問リハというところのPT、OT、STのカウントだけでは無理なのではないかという話なのです。ですから、通所介護あるいは訪問看護、そのほかの、要は医療法人ではないところのリハのカウントをよりしっかりしていくことが安定的な人材の供給につながるのではないかという話ですので、ちょっと話が違う方向に行ってしまうのではないかと思って、そこが私のお伝えしたかったところですので、ぜひよろしく願いいたします。以上です。

(小松会長)

分かりました。地域で動ける人材は、今言ったように医療法人以外にも大勢いらっしゃる。そこをきちんと把握しておけば、有事のときも含めて選択肢が増えると。そういうことだと思います。貴重なご意見ありがとうございます。高齢福祉課カサハラさん、どうぞ。

(事務局)

事務局でございます。露木委員、ご意見ありがとうございます。高齢福祉課から1点追加の情報を入れさせていただきます。先ほど地域リハの関係で、参考資料2のところでございますが、今、画面共有をさせていただいたところでございます。実はこの委員会でお認めいただき、市町村、その後に各種職能団体、病院等へのアンケート調査を実施いたしました。その中で職能団体の皆様に対し、もちろん会員になっていない方々も当然いらっしゃるかもしれませんが、会員数の把握ということでは各士会の皆様の人数をお聞かせいただいております。調査を進めているところですが、こちらをまだうまく活用できていないというのは確かに事実でございます。せっかく取ったデータでございますので、今後もしっかりと使っていきたいと思っております。ご意見ありがとうございます。

(小松会長)

ありがとうございます。そのほかご意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次の議題に行きたいと思っております。

報 告

(1) リハビリテーション従事者向けの研修の実施について (資料3)

(小松会長)

報告事項(1) リハビリテーション従事者向けの研修の実施について、神奈川県リハビリテーション支援センター様から説明をお願いいたします。資料の3ですね。

(村井副会長)

支援センターの所長でございます。資料3「リハビリテーション従事者向けの研修実施について」という表題であります。次のページで目的と内容ということで、地域のリハビリテーション関係機関が、相談機関・コーディネーターとして支援ができるように、また、多職種のリハビリテーション関係機関と協働でという目的で、リハビリテーション従事者向けの研修を行っています。

次のページをお願いします。研修のテーマとして、ここ数年の内容ですが、令和2年のときはかなりコロナウイルスが拡大して、対面で多くの人を集めてやるということが困難になったので、中止になっています。ただ、令和3年には小田原で、情報提供という観点から、共同作業をするに当たっての情報交換について、少し研修を交えて検討しました。

令和4年は鎌倉と秦野で、鎌倉のほうでは、地域ケア会議の在り方、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の役割と共同作業ということ、当支援センターがサポートできることについてもお伝えしました。秦野市のほうでは、いわゆる地域リハビリテーションというか、地域社会を構成する一つの要素として、障害福祉グループホームとの連携、秦野市内でどういう形でグループホーム同士が質の向上を目指して連携しているかということについて、少し研修を行いました。

次のページをお願いします。3番目の今年度の研修内容として、秦野市で8月に2回やりましたが、グループホームに従事されている方を中心に、知的障害、精神障害の対応や、障害者の権利擁護についての講義を行いました。その後、長くグループホームでの生活を続けるためということで、秦野は精神疾患のグループホームが結構多いので、どうしても身体的なハンデだけではなく、精神科領域の方でグループホームを構成されている方も多いです。ついこの住みかとは言いませんが、長くそこに滞在して生活の質を向上させるということはすごく大切なことなので、その地域の中に定着するという意味でもどういう工夫が必要か、あるいは問題点についていろいろ検証しました。

次のページをお願いします。今現在やっているところですが、逗子において、介護予防・生活期におけるフレイル対策ということで、ここでも多職種連携の必要性。それからこの次、来週行く予定ですが、支援センターの利用についてご紹介しながら、いろいろなアプローチがあるということで、高齢者の障害、視覚障害、難病、知的障害など、あらゆるジャンルのところでもリハビリテーションを活用することについて少しご紹介しながら、地域で役立てていただきたいということで研修をやる予定です。

次はリハビリテーション従事者向けの研修の実施ということで、引き続きリハ専門職同士の連携、あと、地域包括ケアとリハビリテーションということで、地域の専門職の方にも研修に参加していただいて、その地域の中での連携が強固になるようにということで意見交換をやっています。あと、病院専門職とクリニック・施設の地域専門職との連携推進のためにどのような関わりができるかということで、先ほどからずっと話題に上っていますが、病院のリハ専門職と、地域にいらっしゃる訪問リハなどを中心にした方たちとの連携というのを考えていかないと、これから幾ら人がいても、高齢化もありますので障害を持たれた方が増えていって、その辺の工夫が必要だという観点から意見交換をします。以上のことで、今現在も進行している状況です。

(小松会長)

村井委員、どうもありがとうございました。ただいまご説明いただきました内容について、ご質問・ご意見等があればお願いいたします。いかがでしょうか。最後に村井委員がおっしゃった、病院の専門職と、施設等の地域の専門職との連携促進、ここがやはり大事なのではないかと。あとは、地域リハビリテーションという言葉が医療でも介護でも分かるような分からないような、ここに介護予防とか未病とかも混ざってきて、余計分かりに

くないのではないかと個人的には思っています。推進というものがどうあるべきかということに関して、私もはっきりと見えていない部分もございますので、ぜひ委員の皆様方の意見やご感想をお示しいただければ大変参考になりますが、いかがでしょうか。では、村井委員、お願いします。

(村井副会長)

少し付け加えさせていただきますが、今回いろいろなお話の中で、地域リハビリテーションという言葉が非常にたくさん踊って出てきます。どうもそれぞれの人の立場とか、あるいは目標としている部分のところで、ちょっと解釈がずれてお互いに理解されている部分があるのではないかと思います。一部では地域でやるリハビリテーションというのを地域リハと捉えてしまっている部分もあると思いますが、本来の地域リハビリテーションというのは、包括ケアシステムとほぼ同義語で、その地域社会に住んでいらっしゃる方たち、あるいはその方たちの健康を管理されている方が協働で、その地域の底力というか、健康状態を安定させるという目的のために、リハビリテーションの手法を使ってやるというようなことを地域リハと言っているのであって、何も地域でのリハビリテーション活動が、たくさん訓練士がいるとか、そういうことと違うと思うのです。

今現在、国や、神奈川県もそうですが、包括ケアシステムを非常に充実させるように一生懸命取り組んでいます。その裾野が広がってきて、地域住民も参加しなければいけないと。これから高齢化社会で人材も不足してくるわけで、そんなに無尽蔵に人がいるわけではないので、どうやって工夫して効率よく、そして、その地域に住んでいらっしゃる健康状態に問題のある方、弱者の方が、地域社会の中でも活動できるように、健康な方も支援するし、また、そういう専門職も支援の仕方を教えて、みんなでやっていくということが地域リハだと思うのです。ですから、今日お話を聞いていると、何か地域リハビリテーションをどうやってやるかみたいなあれなのですが、もうちょっと具体性があったほうが聞いている方には分かりやすいと思うので、ぜひその辺は県民、地域の方も巻き込んでというような発想でいろいろなアドバイスをしていただくと、聞いているほうも分かりやすいと思います。以上です。

(小松会長)

村井委員、非常にまとめていただいてありがとうございます。司会のほうもちょっと偏りがちで、本当にご迷惑をおかけしております。今、やはり住民目線でのご意見もということですが、今日、急で申し訳ないですけれども、消費者の会連絡会の矢野委員、住民の立場でという話題がございました。今日の議論を聞いていて、いろいろな意味で思うところもあられるのではないかと思います。ご意見を頂けますでしょうか。

(矢野委員)

矢野です。よろしいでしょうか。前回か前々回のときに、私はこのいわゆる地域リハというのが具体的に何をイメージしているのか、一県民としてよく分からないというご意見

を言わせていただいたことがあります。今日お伺いして、専門職が不足する中で、住民も巻き込んだ形で地域でリハをすることの重要性は、理論的には分かったような気がします。ただ、具体的に今後どういう方向性をたどるのかとか、その大事な点はどんなこととか、そういったところはまだまだ分からないところがいっぱいあると思います。

先ほどから気になるのは、住民を巻き込んでとか、ボランティアを担う云々とかも出ているのですが、やはり現実はなかなか厳しいと思っておりますので、具体的にもうちょっとどういう形を考えるのかというのを見える形で示していただいたり、話すときはぜひ住民の考え方や、どの程度の理解度があるのかも含めて徐々に進めていくことが、1つのステップずつ取り組んでいくことが大事ではないかと思えます。以上です。

(小松会長)

矢野委員、急に話を振ってしまいましたけれども、どうもありがとうございます。やはり我々のリハビリテーションという言葉と、一般の方々が思うリハビリテーションという言葉とは、その言葉に含まれている期待ですよね、そのあたりで結構いろいろな幅があるのかなど。それが議論を難しくしたり、あとは当然、地域包括ケアと、地域リハビリテーションと介護予防と、整理がないままにいろいろな言葉がというところもあるのかなと思えます。そういった住民の皆様の意見を我々は一番大事にしていかなければいけないと思いつつ、今お伺いさせていただきました。

そのほかにご意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。もう一つは、市区町村単位での行政の方々のご苦勞だとかご感想なんかも大事になりますが、どうでしょうか。どなたかご意見ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは引き続き、県内の地域リハビリテーション活性化、地域リハビリテーションという言葉の意味するところの整理ですよね。整理をしながら発信していくということ、今後ご助力していただければと思います。

最後に事務局、また、委員の皆様から何かございますでしょうか。ないようですので、以上で本日の議事は終了いたしたいと思えます。これもちまして、進行を事務局にお返しします。つたない進行でご迷惑をかけました。どうもありがとうございました。

閉 会

(事務局)

小松会長、円滑な議事の進行ありがとうございました。また、委員の皆様、本日は忌憚のないご意見ありがとうございました。人材育成の取組だけではなく、住民参加型のイベントの実施についてのご意見、また、地域でご活躍されているリハビリテーション従事者について、より正確な人数・実態の把握についてのご意見、また、何より地域リハビリテーションという言葉の整理等、様々なご意見を頂きました。次回以降、事務局といたしま

しても本日のご意見を受け止めさせていただいて、次の展開・検討につなげていきたいと考えております。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。委員の皆様、本日はご参加いただきましてありがとうございました。